

Entraînement des équipes de SMUR à l'accouchement pré-hospitalier par la simulation hybride.

Type de communication : Vidéo

Thème : Obstetric-CNGOF

Date de la session : Jeudi 6 décembre 2018

Horaire de la session : 16:30-18:00

M. Le lous*(1), P.Jannin(2), V.Lavoue(2), P.Chapelain(3)

(1)Centre Hospitalier Universitaire de Rennes, Rennes, France, (2)Université de Rennes 1, Rennes, France, (3)Hôpital de Lorient, Lorient, France

*Auteur principal

Résumé

Introduction

L'accouchement inopiné au domicile expose le nouveau-né et la mère à une plus grande morbi-mortalité. Une formation par la simulation hybride a été mise en place afin de former les équipes du Service Mobile d'Urgence et de Réanimation (SMUR) aux accouchements inopinés extra-hospitaliers. L'objectif de l'étude a été d'évaluer la qualité de cette formation.

Matériels et méthodes

Une simulation hybride, dans des locaux type « appartement », s'est tenue le 9 février 2018. Les apprenants étaient 2 équipes de SMUR complètes, composées de 3 médecins, 2 infirmiers, 2 ambulanciers. Les séances sont précédées d'un briefing et sont suivies d'un debriefing détaillé. Deux scénarios ont été imaginés : présentation céphalique, puis siège. Un questionnaire d'évaluation en ligne (LimeSurvey), évaluant leur satisfaction par une échelle numérique simple (ENS), leur sentiment d'amélioration des connaissances (ENS), le stress ressenti (ENS) ainsi que l'immersion (Echelle de Nichols) a été ensuite complété à l'issue de la séance de simulation. Tous les apprenants ont autorisé l'utilisation de la vidéo pour la recherche et/ou la diffusion des connaissances.

Résultats

Les 7 apprenants ont accepté de participer à cette évaluation. La satisfaction moyenne était de 9.2±0.7. Le sentiment d'amélioration des connaissances était de 9.1±1.0. Le stress moyen était de 4.2±1.9. Du point de vue de l'immersion, 5 personnes sur 7 étaient peu perturbées par les artifices liés à la simulation, tous les apprenants ont estimé que le scénario semblait réel, et 4 apprenants sur 7 n'ont pas du tout pensé aux personnes qui étaient dans l'autre pièce pendant l'exercice.

Conclusion

Les équipes de SMUR formées à l'accouchement pré-hospitalier par une séance de simulation hybride dans des locaux réalistes, avec une patiente actrice ont été satisfaites de la formation, tant du point de vue de l'immersion que de leur sentiment d'avoir amélioré leurs connaissances.

Une video ludique à destination des patientes pour promouvoir l'activité physique pendant la grossesse

Type de communication : Video

Thème : Obstetric-CNGOF

Date de la session : Jeudi 6 décembre 2018

Horaire de la session : 16:30-18:00

B. Guyard-boileau*(1), S.Fleury(1)

(1)chu de Toulouse, Toulouse, France

**Auteur principal*

Résumé

Les bénéfices de l'activité physique au cours de la grossesse sont nombreux et de mieux en mieux documentés. Néanmoins, ce sujet est peu abordé, et les sources d'informations fiables et indépendantes pour les femmes enceintes sont peu nombreuses. Il s'agit essentiellement de recommandations écrites, avec parfois un champ lexical élevé. Les messages écrits sont peu accessibles aux patientes les plus précaires, pourtant les plus à risque sur le plan métabolique.

Il a donc été réalisé un clip video ludique utilisant des playmobil, présentant les avantages d'une pratique d'activité physique pendant la grossesse. Cette video s'est appuyé sur une recherche bibliographique soigneuse et un focus groupe, permettant d'améliorer sa compréhension et sa pertinence. Elle est disponible sur les réseaux sociaux de façon gratuite. Elle s'intègre dans un projet plus vaste de mise à disposition des patientes d'outils videos fiables et attractifs.

Accompagner les soignants après un événement indésirable grave

Type de communication : Vidéo

Thème : Obstetric-CNGOF

Date de la session : Jeudi 6 décembre 2018

Horaire de la session : 16:30-18:00

B. Guyard-boileau*(1), S.Fleury(1)

(1) *chu de Toulouse, Toulouse, France*

**Auteur principal*

Résumé

Les évènements indésirables graves surviennent de façon imprévu, tout à long de la vie professionnelle. Ils laissent souvent désemparés, isolés, et ont une repercussion importante sur la vie des soignants.

Pour palier à cette difficulté à mettre des mots sur cet évènement, une vidéo brève et claire a été réalisée. elle peut être utile aux soignants confrontés à l'évènement traumatique, leur permettant de légitimiser leur souffrance et de trouver des ressources en eux dans ces périodes troubles. Elle peut également être utile à l'entourage de ces soignants de première ligne, pour mieux comprendre les réactions et accompagner au mieux les collègues. Cette vidéo est accessible sur des sites nationaux de soutien aux soignants en difficultés. La diffusion au CNGOF permettrait d'être accessible à un plus grand nombre, les événements traumatisants en obstétrique étant fréquents .

Grossesse sur cicatrice de césarienne : revue systématique et approche coelioscopique

Type de communication : Vidéo

Thème : Gynecology-CNGOF

Date de la session : Jeudi 6 décembre 2018

Horaire de la session : 16:30-18:00

L. Delbos*(1), M.Lemyre(2), P.Laberge(3), S.Maheux-lacroix(3)

(1)CHU Angers, Angers, France, (2)CHU de Québec, Québec, Canada, (3)CHU de Québec, Québec, Canada

**Auteur principal*

Résumé

- Objectif de la vidéo : Cette vidéo présente une revue de littérature des possibilités de traitement des grossesses sur cicatrice de césarienne et quelques trucs et astuces rendant l'excision et la réparation du défaut par coelioscopie plus facile et sécuritaire.

Introduction: En raison de l'augmentation du taux de césarienne, les grossesses sur cicatrice de césarienne représentent 4% des grossesses extra utérines avec une incidence de 1/500 grossesses chez les patientes avec antécédents de césariennes.

De nombreuses alternatives thérapeutiques médicales ou chirurgicales sont possibles avec des taux de succès variables.

Résumé du cas : Nous vous présentons la cas d'une patiente de 31 ans sans antécédents medico chirurgicaux excepté une césarienne segmentaire transversale à terme lors de sa première grossesse. Elle débute une grossesse 10 mois après sa césarienne et présente les saignements du premier trimestre. La grossesse sur cicatrice de césarienne est diagnostiquée par échographie en visualisant le sac gestationnel dans le myomètre. Une injection systémique de MTX est réalisée. 2 mois après l'injection la patiente présente un saignement persistant. A l'échographie un renflement de 23x26x20 mm bombant vers la vessie est visualisé. Une grossesse sur cicatrice de césarienne de type 2 est diagnostiquée pour laquelle la résection hystéroscopique est jugée inappropriée. Une excision de la grossesse et une réparation du défaut par coelioscopie sont réalisées. La patiente a donné son accord pour la publication et présentation publique de son cas.

- Conclusion : L'excision et la réparation des grossesses sur cicatrice de césarienne sont souvent nécessaires notamment en cas de type 2. La coelioscopie permet une approche minimalement invasive et une correction du défaut cicatriciel apportant de potentiels avantages pour les grossesses ultérieures.

Hystérectomie élargie pour endométriose et une importante malformation artério-veineuse utérine

Type de communication : Vidéo

Thème : Gynecology-CNGOF

Date de la session : Jeudi 6 décembre 2018

Horaire de la session : 16:30-18:00

E. Schwartz*(1), E.Faller(2)

(1)hôpital de Hautepierre, Strasbourg, France, (2)hôpital de Hautepierre, 67000, France

**Auteur principal*

Résumé

Introduction: L'objectif de cette vidéo est de démontrer la prise en charge coelioscopique d'une importante malformation artério-veineuse (MAV) chez une patiente présentant une endométriose pelvienne profonde. Nous avons donc réalisé une vidéo explicative des différentes étapes chirurgicales.

Matériel et méthodes : Il s'agissait d'une patiente de 37 ans ayant pour antécédent quatre accouchements par voie basse. C'est en 2015 que l'endométriose avait été diagnostiquée lors d'une ligature tubaire. Devant la visualisation de varicosités pelviennes, une hystéroscopie avait été réalisée par la suite précisant l'importance de la MAV utérine. L'IRM retrouvait une importante MAV du mur antérieur de l'utérus, de l'adénomyose, ainsi qu'une endométriose vésicale et recto-sigmoïdienne. Après réunion pluridisciplinaire, nous avons décidé d'un traitement par analogues de la LHRH puis une embolisation préopératoire avait été réalisée. L'IRM de réévaluation retrouvait une diminution de la MAV et une disparition de l'atteinte vésicale. La patiente avait donné son consentement éclairé.

Résultats : Nous avons donc réalisé une hystérectomie élargie par coelioscopie. L'intervention a débuté par l'urétérolyse et l'ouverture de la cloison recto vaginale puis par la dissection radicale du coté gauche de l'utérus comprenant la coagulation puis section du ligament rond, du péritoine en avant, du ligament large. Ensuite l'espace pararectal gauche a été disséqué afin de coaguler et sectionner l'artère utérine ainsi que les différentes branches de la MAV en terminant par la parametrectomie gauche. Puis une annexectomie gauche a été réalisée. Les mêmes étapes sont ensuite reproduites du coté droit. Un « shaving » vésical a ensuite été réalisé. L'intervention s'est poursuivie par la colpotomie. Au niveau rectal, quelques lésions superficielles fibreuses ont été coagulées. Une salpingectomie droite a ensuite été réalisée puis la fermeture vaginale.

Conclusion : L'embolisation préopératoire a permis d'améliorer les conditions chirurgicales en évitant un saignement excessif et permettant une hystérectomie radicale plus aisée. Elle constitue un traitement intéressant dans les cas de MAV et d'endométriose sévère.

Preserving fertility by treating the three compartments: laparoscopic approach to deep infiltrating endometriosis

Type de communication : Vidéo
Thème : Gynecology-CNGOF
Date de la session : Jeudi 6 décembre 2018
Horaire de la session : 16:30-18:00

V. Collin*(1)

(1)CHU Strasbourg, Strasbourg, France

**Auteur principal*

Résumé

Cette vidéo décrit une cure d'endométriose profonde avec atteinte des trois compartiments par coelioscopie. Cette chirurgie concerne une femme primipare de 37 ans. Les principaux symptômes de la patiente sont une dysménorrhée et une dyspareunie associés à une pollakiurie et une hématurie macroscopique menstruelle avec émission de tissus endométriosiques. Elle présente également une dyschésie. A l'IRM, il est visualisé un nodule endométriosique dans l'espace vésico utérin avec un prolongement au niveau de la paroi antérieure de l'utérus ainsi que dans la vessie. Des nodules sont également présents dans l'espace recto vaginale avec une invasion de la muqueuse rectale. Il y a également des spicules latéraux attirant les ovaires sur la ligne médiane avec une infiltration des ligaments ronds. La patiente désire une grossesse ultérieure et tout l'enjeu de cette prise en charge chirurgicale est le maintien de sa fertilité. L'intervention réalisée est une adényomectomie associée à une cystectomie partielle et une résection intestinale avec une anastomose terminale.

La première étape est la mise en place d'une sonde double J. Ensuite, nous réalisons une dissection de l'espace vésico utérin. L'ablation du nodule vésical est réalisée suivie par la résection de l'adényome. La chirurgie est ensuite réalisée au niveau du compartiment postérieur. Une résection recto sigmoïdienne est nécessaire avec une anastomose terminale.

En conclusion, il est possible de réaliser une cure d'endométriose sévère et profonde chez une patiente présentant une pathologie multicompartimentale tout en préservant la fertilité ultérieure.

Traitement coelioscopique conservateur (énucléation) d'un schwannome du nerf obturateur se présentant comme un kyste ovarien.

Type de communication : Vidéo

Thème : Gynecology-CNGOF

Date de la session : Jeudi 6 décembre 2018

Horaire de la session : 16:30-18:00

V. Gabriele*(1), L.Lecointre(2), A.Carin(3), A.Host(3), O.Garbin(3), H.Schneider(4)

(1)Pôle de gynécologie- obstétrique des Hôpitaux universitaires de Strasbourg - CMCO, Schiltigheim, France, (2)Hôpitaux universitaires de Strasbourg. Hopital de Hautepierre, Strasbourg, France, (3)Hôpitaux universitaires de Strasbourg. Site du CMCO, Schiltigheim, France, (4)Centre hospitalier Sainte-Catherine, Saverne, France

**Auteur principal*

Résumé

Introduction

Le nerf obturateur est une localisation extrêmement rare pour les schwannomes. Dans la plupart des cas, le diagnostic n'est pas fait avant l'opération. Les chirurgiens le diagnostiquent pendant la coelioscopie réalisée pour une masse annexielle ou pelvienne.

Objectifs

Le but de cette étude était de rapporter le cas d'une prise en charge conservatrice coelioscopique d'un schwannome du nerf obturateur droit non diagnostiqué se présentant comme une masse annexielle droite.

Méthodes :

Il s'agit d'une patiente de 45 ans, sans antécédents médicaux, qui présentait un utérus myomateux et une masse annexielle droite de 6 cm.

La plainte principale était une douleur pelvienne. L'échographie a mis en évidence une lésion annexielle droite de 6 cm avec une composante kystique. L'IRM a montré une masse annexielle hétérogène.

Le CA 125 était normal. Ces résultats n'ont pas suggéré une tumeur rétropéritonéale.

Nous avons réalisé une coelioscopie exploratrice qui a montré une annexe normale, avec une masse pelvienne développée dans la fosse paravésicale en contact avec la veine iliaque externe gauche et continuant sous la veine "corona mortis". La masse était bien encapsulée et se développait dans la partie centrale du nerf obturateur. La capsule tumorale a été incisée parallèlement aux fibres nerveuses et le contenu tumoral a été énucléé. Le nerf obturateur droit a été préservé. La pièce opératoire a été extraite dans un sac.

Ensuite, nous avons pratiqué une hystérectomie totale interannexielle sans complications.

Résultats

Le temps opératoire était de 156 minutes. L'opération a été réalisée sans complication peropératoire. La patiente est rentrée à domicile à J1. Aucun trouble neurologique postopératoire n'a été signalé.

Conclusions

Malgré le fait que nous ayons réalisé une imagerie préopératoire complète de la masse pelvienne, le diagnostic du schwannome du nerf obturateur a été fait de façon peropératoire.

Une chirurgie conservatrice a été pratiquée avec incision de la capsule tumorale et énucléation de la tumeur. La résection laparoscopique est une bonne option thérapeutique.

Our procedure to facilitate extraperitoneal laparoscopic sutures

Type de communication : Video
Thème : Gynecology-CNGOF
Date de la session : Jeudi 6 décembre 2018
Horaire de la session : 16:30-18:00

E. Nohuz*(1), N.Bourdel(2)

(1)Service de Gynécologie-Obstétrique, Centre hospitalier de Thiers, Thiers, France, (2)Pôle Femme-Enfant, CHU Estaing, CHU de Clermont-Ferrand, Clermont-ferrand, France

**Auteur principal*

Résumé

Keywords: Laparoscopy; Laparoscopic suture; Suturing techniques; Extracorporeal knots

Background: Extraperitoneal laparoscopic suture usually requires iterative knots that are successively advanced into the abdominopelvic cavity with a knot pusher. Since this procedure can be tedious, we describe a simplified technique inspired by the Roeder's knot that may be applicable to any laparoscopic procedure requiring separate knots. This technique avoids the need for repetitive use of the knot-pusher in performing extraperitoneal knots.

Patients: A 61-year-old with a woman pelvic organ prolapse and a 43-year-old woman with a fibromatous uterus requiring hysterectomy without adnexectomy.

Interventions: Extraperitoneal laparoscopic suture for sacrocolpopexy (mesh fixation) and laparoscopic ovariopexy.

- Sacrocolpopexy: After the interval vaginal dissection is accomplished, a pre-cut polypropylene mesh is secured to the anterior wall of the vagina and the uterine isthmus, using a braided non-absorbable polyester 2-0 suture of 90 cm of length with a ½ circle needle of 26 mm. Once this step is performed, the needle-holder introduced through the suprapubic operator port grasps the wire about 2 cm from its point of insertion on the needle and exits it. Thus, needle is brought outside. A self-locking sliding knot is then made. To do this, a simple half-hitch knot is performed first. The end of the free strand (without the needle) makes three rounds around the both suture limbs. A second half knot is performed around one side of suture limbs before the end of the free strand enters in the loop of the first half-hitch knot. By formalizing this knot, we obtain 1:3:1+1 (1 half-hitch, 3 winds and 2 locking half-hitches). This creates a sliding knot that will be lowered by simply pulling on the axial strand. The free strand is then cut to about one centimeter of the knot. A gentle but sustained traction allows the advancement of the knot which is slid down the trocar into the abdominal cavity and comes to block itself once arrived at destination under permanent laparoscopic control. Once the knot is seated, the needle holder can maintain pressure on the knot to strengthen its tightening and lock it. The suture is then cut to a centimeter.

- Ovariopexy: The gesture consists in the joining of the round and utero-ovarian ligaments' stumps through a similar technique.

Time saved in the operating room and limited gestures can theoretically contribute to decrease cost and improve safety.

Although our intimate conviction goes in this direction, further studies would be needed to better evaluate this procedure.

Conclusion: Rehabilitating a process historically used during laparotomic procedures, this technique avoids iterative intra-abdominal gestures and expedite the knot tying steps.

Comment je prends en charge un prolapsus uro-génital en consultation ?

Type de communication : Vidéo

Thème : Gynecology-CNGOF

Date de la session : Jeudi 6 décembre 2018

Horaire de la session : 16:30-18:00

E. Nohuz*(1), E.Jouve(2), G.Clement(3), B.Jacquetin(4)

(1)Centre hospitalier de Thiers, Thiers, France, (2)Service de Gériatrie, Centre Hospitalier de Riom, Riom, France, (3)Département de médecine générale, Faculté de médecine de Clermont-Ferrand, Clermont-ferrand, France, (4)Pôle Femme-Enfant, CHU Estaing, CHU de Clermont-Ferrand, Clermont-ferrand, France

**Auteur principal*

Résumé

Contexte : Affectant près d'une femme sur deux ayant accouché, les troubles de la statique pelvienne sont un véritable enjeu de santé publique. La chirurgie octroie sans nul doute des résultats favorables en termes de restauration anatomique et fonctionnelle. Pour autant, toutes les patientes ne relèveront pas d'une intervention, du moins immédiate. Le pessaire gynécologique est alors une alternative efficace auquel l'on peut avoir recours de manière provisoire, à titre de test thérapeutique (mimant alors l'effet attendu du geste opératoire afin d'en prédire le résultat fonctionnel, identifier une incontinence urinaire masquée) ou dans l'attente d'une solution chirurgicale voire en alternative possiblement définitive à celle-ci (choix de la patiente, désir de grossesse, post-partum, comorbidités récusant une sanction chirurgicale). Force est de constater que ce dispositif est moins utilisé en France, alors même qu'outre Atlantique, il est proposé en première intention à toutes les femmes présentant un prolapsus uro-génital. Sa relative méconnaissance pourrait en partie expliquer cette sous-utilisation.

Vidéo : Mise en lumière des modalités pratiques du recours au pessaire (techniques de pose et de dépose) et présentation d'un guide à l'attention des patientes, afin d'améliorer les connaissances tant des professionnels que des utilisatrices dans le but d'optimiser et sécuriser le parcours de soins. Une alternative attrayante quant à la facilitation de l'administration de l'œstrogénothérapie locale est également dévoilée dans le film.

Cas d'une patiente avec une grossesse gémellaire monochoriale biamniotique compliquée de TRAP (Twin Reverse Arterial Perfusion)

Type de communication : Vidéo
Thème : Diagnostic prénatal-CNGOF
Date de la session : Jeudi 6 décembre 2018
Horaire de la session : 16:30-18:00

P. Simon*(1), M.Barbier(2)

(1)Hôpital Nord Marseille, Marseille, France, (2)Hôpital Nord de Marseille, Marseille, France

**Auteur principal*

Résumé

BARBIER M, SIMON P, Dr PETROVIC M

Patiente âgée de 28 ans, sans antécédent particulier, G3P1, suivie au centre de diagnostic prénatal de l'hôpital Nord de Marseille pour suspicion de TRAP (Twin Reverse Arterial Perfusion) dans le cadre d'une grossesse gémellaire monochoriale. Echographie à 12 semaines d'aménorrhée (SA) :

- JA : Retard de croissance intra utérin avec un pôle céphalique mal développé (non visualisation de la ligne médiane), un épanchement thoracique bilatéral avec une bradycardie à 59 bpm, des membres supérieurs mal analysables, et une présence de trois segments au niveau des membres inférieurs. La fréquence cardiaque au niveau du cordon de JA était normale, par opposition à une bradycardie sur un vaisseau allant de JB à JA.

- JB : LCC = 58.4mm, une clarté nucale fine et l'absence d'anomalie morphologique précoce.

Il lui a été proposé une interruption sélective de grossesse à 16SA que la patiente a refusé.

La grossesse a été marquée par l'apparition d'un excès de liquide sur le fœtus pompe à partir de 18SA, puis un hydramnios à 22SA avec une plus grande citerne à 12cm. Les échographies montraient une bonne tolérance du « jumeau pompe ».

Une IRM fœtale réalisée à 27SA + 6 jours a permis d'estimer le volume du jumeau acardiaque à 2525 cm³ pour une masse de 20x14x15.6cm globalement grasseuse avec un contenu hétérogène mixte osseux et tissulaire avec visualisation d'anses digestives.

Devant une augmentation progressive du périmètre abdominal maternel, avec orthopnée mal tolérée par la patiente, il a été décidé d'un amniodrainage avec amniocentèse, permettant d'évacuer 1500mL. Le caryotype était normal, 46XY.

A 33SA et 2 jours, la patiente a présenté une rupture prématurée des membranes avec contractions utérines douloureuses.

Il a alors été décidé d'une césarienne en urgence permettant la naissance de J1 (jumeau pompe) un garçon de 1840 grammes Apgar 8/10/10, pH non réalisable ; puis l'extraction de la masse acardiaque correspondant à un Acardius acephalus mesurant 20x30 cm et pesant 4410 grammes.

Les résultats anatomopathologiques montraient un placenta en faveur d'une grossesse gémellaire monochoriale avec une artère ombilicale unique sans remaniement histologiques. L'analyse du fœtus acardiaque n'a pas été souhaité par le couple.

Prognostic factors for surgical outcome and survival in women treated for borderline ovarian tumors

Type de communication : Video

Thème : Oncologie-CNGOF

Date de la session : Consultable dans l'Agora durant l'ensemble du congrès

M. Zakaria*(1)

(1)faculty of medicine, Menoufia, Egypt

*Auteur principal

Résumé

Borderline ovarian tumors (BOTs) are epithelial neoplasms that are histologically distinguished from ovarian carcinomas by the absence of stromal invasion. BOTs comprise approximately 15 % of all epithelial ovarian tumors; it mainly affect premenopausal women, a fact that emphasizes the importance of fertility-sparing surgery in patients who want to preserve their childbearing potential. The aim of the study was to evaluate the clinicopathological features and modalities of treatment affecting recurrence and survival in patients with borderline ovarian tumours. Data of 92 patients diagnosed with borderline ovarian tumours (BOTs) during the period from 2010 to 2017 in the National Cancer Institute (NCI), Cairo University, Egypt were retrospectively evaluated. Median follow up period was 42 months. The mean age at diagnosis was 42.7 yrs. Histopathology was serous in 63%, mucinous in 28.3%, and endometrioid in 3.3%. 65 patients (70.7%) had Stage IA disease, 17 patients had Stage IB disease (18.5%), 4 patients had Stage IC disease (4.3%), 2 patients had Stage II disease (2.2%) and 4 patients had Stage III disease (4.3%) at diagnosis. 49 patients (53.3%) underwent fertility sparing surgery, of which 19 patients underwent Unilateral ovarian cystectomy, 5 patients underwent Bilateral ovarian cystectomy, 25 underwent Unilateral salpingo-oophorectomy. 43 patients (46.7%) underwent radical surgery including hysterectomy, bilateral salpingo-oophorectomy. 39 patients had micropapillary disease (42 %) and 2 patients had microinvasive disease (2.2%) on histopathology. 6 patients (6.5 %) had peritoneal implants of which 1 was invasive and 5 were non-invasive. Recurrence rate in the entire study group was 18.5%, 17.6% among patients underwent radical surgery and 82.4% among patients underwent fertility sparing surgery. 12 of the recurrences (70.6%) were borderline whereas 5 were invasive (29.4%). Stages IA and IB had significantly higher disease free survival than other stages. Patients with micro invasion had significantly lower free disease free survival 10.5 (9.52 – 11.5) Vs 77.6 (70.9 – 84.1). Radical surgery had significantly higher FDS than fertility sparing surgery 75.8 (70.2 – 81.4) Vs 68.5 (58.2 – 78.8).

Trachélectomie élargie avec préservation des artères utérines par voie coelioscopique pour un cancer du col du stade IB1.

Type de communication : Vidéo

Thème : Oncologie-CNGOF

Date de la session : Consultable dans l'Agora durant l'ensemble du congrès

V. Gabriele*(1), L.Lecointre(2), E.Faller(2), C.Akladios(3)

(1)Pôle de gynécologie- obstétrique des Hôpitaux universitaires de Strasbourg - CMCO, Schiltigheim, France, (2)Hôpitaux universitaires de Strasbourg. Hôpital de Hautepierre, Strasbourg, France, (3)Hôpitaux universitaires de Strasbourg. Hôpital de Hautepierre, 67200, France

**Auteur principal*

Résumé

La trachélectomie élargie s'est révélée être une option thérapeutique viable pour préserver la fertilité des jeunes femmes atteintes d'un cancer du col utérin à un stade précoce. Cette intervention peut être réalisée par voie coelioscopique. A notre connaissance, ce serait la première fois que l'approche laparoscopique totale de la trachélectomie radicale serait publiée.

Dans cette vidéo, nous montrons étapes par étapes comment conserver les artères utérines même si l'importance de cette conservation est discutable.

OBJECTIF :

Décrire la technique de la trachélectomie élargie avec préservation des artères utérines par coelioscopie pour les jeunes femmes atteintes d'un cancer du col utérin au stade précoce.

Une patiente de 37 ans, sans antécédents médicaux, qui présentait un cancer du col de l'utérus épidermoïde invasif de stade IB1.

INTERVENTION :

Étape 1 : ouverture de la fosse para-vésicale, et Lymphadénectomie pelvienne bilatérale

Étape 2 : ouverture de la fosse pararectale entre l'uretère et l'artère iliaque interne de chaque côté.

Étape 3 : urétérolyse, jusqu'au canal urétérique

Étape 4 : Ouverture de l'espace vésico-utérin, section du ligament utérin vésico-utérin

Étape 5 : Dissection postérieure avec section des ligaments utéro-sacrés, à environ 20 mm de l'insertion utérine.

Étape 6 : Section de la branche descendante de l'artère utérine et squelettisation de la branche ascendante jusqu'au niveau de l'isthme utérin

Étape 7 : Trachélectomie au crochet monopolaire.

Étape 8 : Suture de l'isthme utérin au vagin par des points séparés

Étape 9 : Cerclage laparoscopique

Étape 10 : Péritonisation

RÉSULTATS :

Le temps opératoire était de 420 minutes. La perte sanguine peropératoire était inférieure à 200 mL. L'opération a été réalisée avec succès et sans complications peropératoires. Les marges étaient saines. Le patient est rentré à domicile à J4. A distance, aucune complication tardive ou récurrence n'a été détectée et la patiente avait ses règles normalement.

CONCLUSION :

La trachélectomie élargie avec préservation des artères utérines peut être réalisée par intégralement par voie coelioscopique.

Exérèse d'un angiosarcome mammaire par mastectomie avec exérèse du muscle grand pectoral et couverture par lambeau musculaire de grand dorsal : technique chirurgicale

Type de communication : Video

Thème : Oncologie-CNGOF

Date de la session : Consultable dans l'Agora durant l'ensemble du congrès

L. Pauly*(1), S.Bonvalot(2)

(1)Interne Institut Curie, Paris, France, (2)Institut Curie Paris 5, Paris, France

**Auteur principal*

Résumé

Rappel clinique : Il s'agit d'une patiente âgée de 77 ans, traitée en 2011 pour un carcinome mammaire par mastectomie partielle et radiothérapie. Apparition fin 2017 d'un nodule cutané centimétrique au niveau du quadrant inféro-externe du sein droit. Diagnostic d'un angiosarcome cutané et mammaire en territoire irradié multifocal et infiltrant le muscle grand pectoral avec plusieurs masses intra-mammaires. Pas d'infiltration intercostale. La patiente a reçu une chimiothérapie néo-adjuvante par Taxol. Il a été retenu l'indication d'une mastectomie emportant le grand et le petit pectoral avec une couverture par lambeau de grand dorsal. Pas de curage axillaire indiqué dans ce contexte d'angiosarcome en territoire irradié. Compte tenu de la perte de substance cutanée au niveau mammaire, il est décidé de couvrir par un lambeau musculaire pur.

Technique chirurgicale : Installation de la patiente en décubitus dorsal avec bras à 90°. On réalise une incision ogivale large allant jusqu'au creux axillaire et circonscrivant l'ensemble de la glande mammaire. Section des muscles petit et grand pectoraux sous la clavicule. Le muscle grand pectoral est désinséré du sternum et de l'aponévrose des grands droits puis on passe au ras du plan costal. Après ablation de la pièce en monobloc, on réalise par la même incision le prélèvement du muscle grand dorsal avec section des insertions distales au-dessus de la crête iliaque. La section de son tendon n'est ici pas indispensable. Le lambeau musculaire est placé devant le gril costal et suturé aux berges cutanées par des points séparés. Une greffe de peau mince est réalisée à J21.

Conclusion : Cette intervention a l'avantage d'être rapide, sans changement de position per-opératoire et ne nécessite qu'une incision unique. La mastectomie avec exérèse du muscle pectoral puis couverture par lambeau musculaire de grand dorsal suivie d'une greffe de peau à distance permet une prise en charge chirurgicale efficace des sarcomes du sein nécessitant des marges larges, mais dont l'indication peut être étendue à certaines tumeurs du sein avec une atteinte loco-régionale avancée, une infiltration du muscle pectoral ou à des plaies tumorales.

First step to human uterus transplantation program: building an animal model.

Type de communication : Video

Thème : Gynecology-CNGOF

Date de la session : Consultable dans l'Agora durant l'ensemble du congrès

L. Dion*(1), V.Lavoué(2), J.Coiffic(2), M.Le lous(2), K.Nyangoh-timoh(2)

(1)CHU Rennes, Rennes, France, (2)CHU de Rennes, Rennes, France

**Auteur principal*

Résumé

OBJECTIVE:

Showing all steps of uterus transplantation in animal model, especially how to perform vascular anastomoses and to show interest of indocyanine green (ICG) fluorescence.

DESIGN:

This video shows how to perform uterus transplantation and the narration attached to the original script details the technique.

SETTING:

Animal experiments.

ANIMAL(S):

Multipara sows, (Yucatan).

INTERVENTION(S):

After approval of ethical committees we performed auto-transplantation in Yucatan's sows and showed early reperfusion appearance.

MAIN OUTCOME MEASURE(S):

Early reperfusion appearance of the uterus after auto-transplantation.

RESULT(S):

This video showed all steps of uterine transplantation especially how to perform vascular anastomoses. The originality of the video is its own quality which could help surgeon to approach uterus transplantation.

All phases of enlarged hysterectomy were detailed, after how to perfuse the uterus during cold ischemia and how to prepare the vessels to the graft were showed. During cold ischemia, the video showed color changing of the uterus and the venous drainage brighten. End-to-side vascular anastomoses between uterine artery and utero-ovarian vein of the graft and the external iliac vessels of the sow were showed. Immediately after reperfusion, ICG test was performed and the appearance of the uterus was showed.

CONCLUSION(S):

The first step of uterus transplantation is to build an animal model to train vessel anastomoses. The microsurgery step is one of the most important step to success in the uterus transplantation. ICG test is useful in uterus transplantation and allows to show intraoperative success of uterus reperfusion.

KEYWORDS:

Uterus transplantation; Pig; Sow; indocyanine green fluorescence test

Pyomyome après embolisation des artères utérines: une laparotomie évitée par une morcellation en sac

Type de communication : Vidéo

Thème : Gynecology-CNGOF

Date de la session : Consultable dans l'Agora durant l'ensemble du congrès

L. Delbos*(1), M.Lemyre(2), P.Laberge(3), S.Maheux-lacroix(4)

(1)CHU Angers, Angers, France, (2)CHU de Québec, Québec, Canada, (3)CHU de Québec, Québec, Canada, (4)CHU de Québec, Québec, Canada

**Auteur principal*

Résumé

Objectif de la vidéo: Démonstration d'une hystérectomie totale pas cœlioscopie en raison d'un volumineux pyomyome de 9 cm, permettant d'éviter une laparotomie au moyen d'une morcellation en sac

Introduction: Le pyomyome est la suppuration d'un fibrome utérin arrivant spontanément ou après oblitération des artères utérines. La laparotomie est reconnue jusqu'alors comme la voie d'approche standard pour la prise en charge chirurgicale d'un pyomyome.

Résumé du cas: Nous vous présentons une patiente multipare de 45 ans avec un fibrome utérin symptomatique, présentant à un mois d'une embolisation des artères utérines un sepsis associé à des douleurs pelviennes. Le diagnostic de pyomyome est suspecté au scanner abdomino-pelvien. Une hystérectomie totale par cœlioscopie est réalisée avec morcellation en sac. L'intervention se déroule bien et les suites opératoires sont simples. La patiente retourne à domicile le lendemain de la chirurgie et ne présente aucune complication à 2 mois post opératoire. La patiente a donné son accord à la publication et présentation publique de son cas.

Conclusion: Tous les cas de pyomyome pour lequel une hystérectomie a été réalisée se sont fait jusqu'ici par laparotomie. Les avancées en cœlioscopie permettent, comme le montre ce cas, une approche mini invasive et notamment d'éviter une laparotomie au moyen d'une morcellation en sac

Utilisation combinée de la coelioscopie robot assistée et hystérocopie pour traiter une rétention trophoblastique et une isthmocèle

Type de communication : Vidéo

Thème : Gynecology-CNGOF

Date de la session : Consultable dans l'Agora durant l'ensemble du congrès

K. Nyangoh timoh*(1)

(1)CHU Rennes, Rennes, France

*Auteur principal

Résumé

Introduction

L'isthmocèle est une pathologie de découverte récente. Elle est définie par la présence d'un défaut triangulaire au niveau de la cicatrice de la césarienne visible en échographie. Elle est responsable de métrorragies, ménorragies, douleurs pelviennes chroniques, dysménorrhées, dyspareunies et infertilité secondaire. Elle peut aussi favoriser la survenue de grossesse sur cicatrice de césarienne. Cependant, il n'existe aucune recommandation sur la prise en charge thérapeutique des isthmocèles.

Objectif :

Décrire une technique de réparation d'isthmocèle par coelioscopie robot-assistée après ablation de matériel trophoblastique résiduelle d'une grossesse sur cicatrice de césarienne.

Résultats :

Dans cette vidéo, nous décrivons la prise en charge chirurgicale d'une patiente atteinte d'un isthmocèle symptomatique. Nous avons réalisé une coelioscopie robot-assistée chez une patiente de 38 ans G3P2 ayant eu récemment une grossesse sur cicatrice de césarienne initialement méconnue traité par cytotec®, aspiration endo-utérine et embolisation des artères utérines. Depuis cette prise en charge initiale, la patiente était en aménorrhée. Une IRM pelvienne a mis en évidence un isthmocèle de 15 mm avec mur utérin résiduel de 1 mm. La patiente est désireuse d'autres grossesses. Durant l'intervention, le défaut était identifié grâce à une trans-illumination réalisé par l'hystéroscope après avoir mobilisé la vessie. L'isthmocèle est alors incisé et les bords cicatriciels sont excisés. Une suture utérine par des points séparés résorbables est réalisée. Enfin le péritoine vésico-utérin est fermé.

Conclusion

La réparation des isthmocèles par coelioscopie robot-assistée est possible et simple. Avec l'augmentation de la prévalence des césariennes et de cette pathologie, les chirurgiens gynécologue doivent se former au technique de réparation des défauts de cicatrice de césarienne.

Cornuectomie droite devant une grossesse interstitielle à 22 SA

Type de communication : Vidéo

Thème : Gynecology-CNGOF

Date de la session : Consultable dans l'Agora durant l'ensemble du congrès

M. Paris*(1), M.Neveu(2)

(1)Interne, Saint cyr l ecole, France, (2)Chef de Clinique, Paris, France

**Auteur principal*

Résumé

Patiente de 29ans, nullipare, sans antécédent médicaux admise à 20 SA pour une suspicion de grossesse interstitielle. L'échographie à 10 SA avait été rapporté comme suspecte. Les suivantes, à 13 ; 16 et 18 SA avaient été rapporté comme normales

A l'admission, la patiente était asymptomatique. L'échographie montrait un fœtus au niveau du segment interstitiel de la trompe droite, séparé du reste de la cavité utérine. L'IRM concluait à une grossesse interstitielle droite avec un fœtus et un placenta localisé dans la partie interstitielle de la trompe droite. Le reste de la cavité utérine était remplie de liquide amniotique.

Considérant le pronostic fœtal défavorable et le risque élevé de complication maternelle, une interruption de grossesse est décidée.

L'intervention est réalisée à 22 SA par laparotomie. L'exploration montre un utérus gravide, déformé par la grossesse implantée dans la jonction utéro-tubaire droite. Une vascularisation importante anormale recouvre la séreuse utérine en regard du placenta. Pour diminuer les saignements, une sonde est placée autour de l'isthme utérin. Une incision en regard de la partie interstitielle de la trompe est réalisée, passant au travers du placenta et permettant l'extraction d'un fœtus de 520g né sans vie. La délivrance placentaire est incomplète en raison d'une zone accreta au niveau de l'implantation interstitielle. Une cornuectomie droite est réalisée, emportant la zone placentaire accreta.

La cavité utérine est fermée par des points en X puis le myomètre en 2 plans séparés au Vicryl 1.

Les pertes sanguines sont estimées à 3000 ml. La patiente est transfusée de 4 culots de globules rouges, 2 plasmas frais congelés et 3g de fibrinogène. Du Sulprostone est utilisé.

Les suites post opératoires sont simples et la patiente sort de l'hôpital 5 jours après la chirurgie.

A 3 mois, le bilan réalisé montre une synéchie fundique et une rétention trophoblastique au niveau de la partie cicatricielle à droite. L'hystérocopie opératoire réalisée à 4 mois permet de lever cette synéchie et de réaliser une résection partielle de cette rétention trophoblastique.

A 6mois, le bilan réalisé montre une cavité de taille et de forme normale.

La patiente est asymptomatique avec des cycles réguliers. Un nouveau projet de grossesse lui est accordé.

Prise en charge chirurgicale d'un fibrome utérin symptomatique chez une patiente présentant un syndrome de Rokitansky-Kuster-Hauser.

Type de communication : Vidéo

Thème : Gynecology-CNGOF

Date de la session : Consultable dans l'Agora durant l'ensemble du congrès

L. Maretti-reheis*(1), A.Host(2), C.Minella(3), A.Jung(2), L.Lecointre(3), O.Garbin(2), V.Gabriele(3), A.Bryand(3), M.Hummel(4)

(1)Hôpitaux universitaires de Strasbourg, Strasbourg, France, (2)CMCO - Centre Médico-Chirurgical et Obstétrical, Schiltigheim, France, (3)Hopital de Hautepierre, CHRU Strasbourg, Strasbourg, France, (4)CMCO - Centre medicochirurgical et obstétrical, Schiltigheim, France

*Auteur principal

Résumé

Le syndrome de Rokitansky-Kuster-Hauser ou aplasie mullérienne est une anomalie congénitale caractérisée par un degré variable d'aplasie ou d'hypoplasie de l'utérus et du vagin.

Nous rapportons le cas d'une patiente de 44 ans, nulligeste, présentant un syndrome de Rokitansky – Kuster – Hauser avec aménorrhée primaire. Dans un contexte de douleurs pelviennes, un scanner abdomino pelvien est réalisé. Il objective une volumineuse masse pelvienne médiane d'environ 13 cm de grand axe, compliquée d'une compression vésicale et urétérale avec dilatation pyélo-calicielle bilatérale.

L'IRM complémentaire conclut à une masse d'origine utérine (fibrome) ou ovarienne (Fibrothécome), sans critère de malignité.

En per opératoire, l'exploration retrouve en effet un très volumineux myome soufflant une corne rudimentaire à gauche, rattaché à la trompe et à l'ovaire gauche par le ligament utéro ovarien.

Le myome est relativement mobile dans le pelvis et mesure bien 13 cm de grand axe.

A droite, il existe également un reliquat utérin ou corne rudimentaire d'environ 3 cm et une annexe droite saine.

On débute l'intervention par la coagulation section du ligament rond. Le myome est mobilisé au moyen du tire-bouchon.

On poursuit par la coagulation – section de la trompe à son insertion dans le reliquat utérin, puis du ligament utéro – ovarien.

L'attache péritonéale latérale est ensuite traitée à l'aide du Ligasure jusqu'à libération complète de la masse.

Une hémostase complémentaire du pédicule vasculaire est réalisée après repérage de l'uretère gauche. Le fibrome est ensuite morcelé.

L'analyse anatomopathologique de la pièce opératoire conclut bien à un léiomyome typique (440g).

Les suites opératoires sont simples avec la disparition des douleurs et des signes associés.

Des fibromes utérins peuvent se développer dans les résidus mullériens des patientes présentant un syndrome de Rokitansky-Kuster-Hauser, ceci est cependant rare en raison d'une faible concentration ou faible sensibilité des récepteurs aux œstrogènes dans les cornes rudimentaires.

Lors de la découverte de masses pelviennes chez des patientes présentant ce syndrome, le diagnostic de fibrome utérin doit être envisagé.

Stérilisation tubaire par coelioscopie vaginale (NOTES) : une alternative à l'Essure®

Type de communication : Vidéo

Thème : Gynecology-CNGOF

Date de la session : Consultable dans l'Agora durant l'ensemble du congrès

C. Figuiet*(1)

(1)CHU Clermont Ferrand, Clermont ferrand, France

**Auteur principal*

Résumé

Stérilisation tubaire par coelioscopie vaginale (NOTES) : une alternative à l'Essure®

C. Figuiet, C. Boda, X. Folini, N.Bourdel, A. Mansoor

Introduction: La stérilisation tubaire est un geste de routine en chirurgie gynécologique. L'avènement de la technique par Essure® avait fait de ce geste un acte anodin, réalisable dans des conditions opératoires vraiment simplifiées et sans geste anesthésique associé. La fin de la technique Essure® a rendu une place majeure à la coelioscopie classique. Cependant, la coelioscopie, nous le savons, n'est pas sans risques, notamment chez des patientes obèses et aux antécédents de chirurgie abdomino-pelvienne. La chirurgie vaginale, elle, n'est pas accessible à la majorité et n'apparaît pas comme une technique de choix pour ce geste. En revanche, l'idée d'associer la coelioscopie à la voie vaginale (technique NOTES: Transvaginal Natural Orifice Transluminal Endoscopy Surgery) permettrait de limiter les risques inhérents à l'installation d'une coelioscopie et rendre le geste de stérilisation tubaire par abord vaginal accessible et moins risqué en cas d'abdomen cicatriciel. Les autres avantages de cette technique pourraient être une anesthésie plus légère et une consommation d'antalgiques moindre.

Objectif : Exposer la technique chirurgicale de la stérilisation tubaire par coelioscopie vaginale grâce à une vidéo et montrer au travers d'une petite série de cas que cette technique constitue une alternative de choix à la coelioscopie classique depuis la fin de l'Essure.

Matériel et Méthode: Lorsque des patientes sont prévues au bloc opératoire pour une stérilisation tubaire au Centre Hospitalier d'Issoire, en Auvergne, il leur est proposé la technique chirurgicale de coelioscopie vaginale. Les bénéfices et les risques par rapport à une coelioscopie classique leur sont exposés. Une série d'une dizaine de cas sera présentée lors du congrès. La technique chirurgicale sera exposée en vidéo lors de la communication.

Résultats: Les résultats porteront sur la durée opératoire, les complications per opératoires, les douleurs post opératoires et les antalgiques consommés.

Discussion: Selon les résultats, elle portera sur les avantages ou non que représente cette technique par rapport à la coelioscopie classique.

Le cerclage par voie coelioscopique de l'isthme utérin en dehors de la grossesse en dix étapes.

Type de communication : Vidéo

Thème : Gynecology-CNGOF

Date de la session : Consultable dans l'Agora durant l'ensemble du congrès

S. Petry*(1), E.Sangnier(2), E.Faller(1), T.Boisramé(1), J.Baldauf(3), C.Akladios(1), L.Lecointre(1)

(1)CHU Strasbourg, Strasbourg, France, (2)CHU Reims, Reims, France, (3)CHU Strasbourg, Strasbourg, France

**Auteur principal*

Résumé

Objectif : Décrire la technique chirurgicale du cerclage de l'isthme utérin par voie coelioscopique en dehors de la grossesse en dix étapes.

Méthode : La procédure chirurgicale a eu lieu au Centre hospitalo-universitaire d'Haute-pierre à Strasbourg, France. Cette étude a été approuvée par le comité d'éthique locale.

Le cas que nous présentons est celui d'une patiente de 35 ans, troisième geste nullipare. Celle-ci a présenté trois antécédents de fausses couches tardives à 19 semaines d'aménorrhée (SA) dans un contexte d'incompétence cervicale sévère. Elle avait pourtant bénéficié d'un cerclage prophylactique par voie vaginale à 14 SA pour la troisième grossesse.

Résultats : Pour la première étape, après s'être exposé en suspendant le colon sigmoïde, nous avons identifié l'isthme utérin et les aires paracervicales. La deuxième étape consistait à disséquer et ouvrir l'espace vésico-utérin afin d'éloigner la vessie. Pour la troisième étape, l'isthme utérin était disséqué progressivement en dedans des pédicules utérins. La quatrième étape permettait de passer à travers l'aire paracervicale gauche et de placer la Bandelette d'Ariz autour du fascia de l'isthme. Les mêmes gestes étaient réalisés à droite lors de la cinquième étape. A la sixième étape, le manipulateur utérin était retiré et une bougie d'Hegar numéro 8 était placée dans le col. La bandelette était ensuite fixée, à la septième étape, sans tension, par trois agrafes (de type Absorba Track).

La huitième étape consistait en la dissection de l'espace rectovaginal.

La péritonisation antérieure était effectuée par un surjet au fil Veloc à la neuvième étape. A l'étape finale, la péritonisation postérieure du cerclage était réalisée par deux points de Monocryl 2-0.

Conclusion : Le cerclage par voie coelioscopique de l'isthme utérin est une technique chirurgicale minutieuse permettant de donner une réelle chance de mener une grossesse à terme aux patientes présentant une incompétence cervicale sévère. En revanche, l'accouchement devra être effectué par césarienne. Réaliser cette technique en dehors de la grossesse permet de conserver une bonne mobilisation utérine avec la possibilité de poser un manipulateur et également de réduire les risques de fausse couche. Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêt.